

NUMÉRO 5

DOSSIER SPÉCIAL

La « cécité venue des rivières » : un fléau dévastateur



AILLEURS

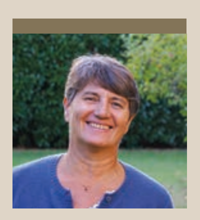
Pharmacien au Royaume-Uni



VOTRE MÉTIER CHANGE

Les Maisons de Santé Pluridisciplinaires

CONTRIBUTEURS
Ils ont participé à ce numéro :



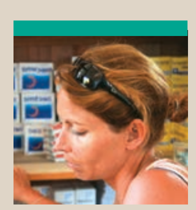
DR MARIE-HÉLÈNE CERTAIN
Votre métier change / page 4
Marie-Hélène Certain, 58 ans, est médecin généraliste aux Mureaux, dans les Yvelines, depuis 1985, dans un groupe médical qui comprend quatre praticiens et deux infirmières. mannequins.



DR PHILIPPE MARISSAL
Votre métier change / page 4
Philippe Marissal, 55 ans, est généraliste à Artemare, dans l'Ain, où il exerce au sein de la Maison Médicale du Valromey aux côtés de cinq confrères généralistes, d'une infirmière et d'un pharmacien.



DR PHILIPPE GAXOTTE
Dossier Spécial / page 8
Le Dr Philippe Gaxotte, diplômé de médecine tropicale, aujourd'hui médecin à la retraite, a exercé à Paris où il a également été enseignant en parasitologie. Il a, 20 années durant, occupé la fonction de directeur médical pour l'Afrique au sein des laboratoires MSD. Il a contribué à mettre en place et à suivre sur le terrain le Programme de Donation Mectizan®.



SÉVERINE TEURLAI
Portrait / page 13
Séverine Teurlai dirige, depuis mai 2012, l'association Tulipe. Pharmacien de formation, après un passage dans l'industrie pharmaceutique et une courte activité dans l'officine, elle a participé, de 2006 à 2012, au sein de l'ONG *Médecins sans Frontières*, à de nombreuses missions humanitaires dans le monde.



PHILIPPE HAMIDA-PISAL
Ailleurs / page 19
Philippe Hamida-Pisal a étudié à la Faculté de pharmacie de Bordeaux. Il décide de s'installer au Royaume-Uni en 2000, il y obtiendra un diplôme de prescripteur au King's College de Londres, avec une spécialisation en dermatologie. Aujourd'hui, il est le fondateur de PHP Health First, spécialisé dans le consulting dermatologique médical et la médecine esthétique pour le grand public et les agences de mannequins.

échanges Un lien nouveau entre MSD et les professionnels de santé

NUMÉRO 5 // Janvier 2013

Une publication de MSD France
Directeur de la Publication // Bruno Erhard
Rédacteur en Chef // Nathalie Carius
Ont collaboré à ce numéro // Sophie Boutin, Jean-Jacques Cristofari (Carbone Santé) et Romain Buzzi (Quadrature Santé)
Comité scientifique et de lecture // Dr Dominique Blazy et Dr Arnaud Foubert
Création // Adonis Création



NUMÉRO 5 //
Janvier 2013

échanges
est votre magazine



Réagissez aux articles du magazine, faites-nous part de vos commentaires et participez au prochain numéro !

Votre avis nous intéresse, écrivez-nous à :
nathalie.carius@merck.com

Magazine **échanges**
MSD France
34, avenue Léonard de Vinci
92418 Courbevoie Cedex

CYRIL SCHIEVER, Président de MSD France

EDITORIAL



« Vivre mieux » est la nouvelle signature de MSD en France. Elle incarne la promesse d'une meilleure santé pour les patients.

Cette ambition rejoint celle des médecins, des pharmaciens, des soignants et de tous les autres professionnels de santé : une recherche biomédicale forte et innovante pour découvrir de nouvelles molécules et continuer ainsi d'améliorer et prolonger la vie des patients.

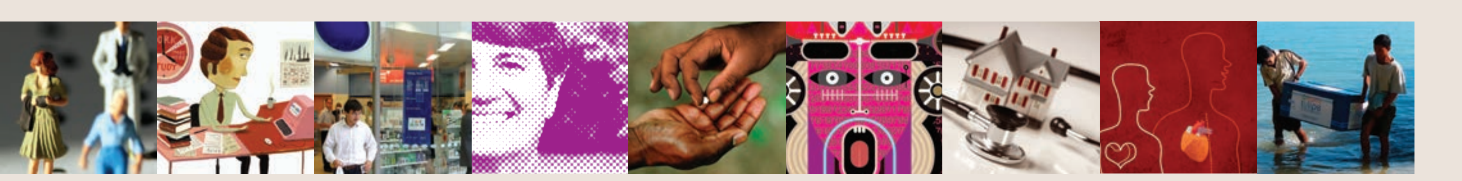
C'est également l'ambition de contribuer à un meilleur accès aux médicaments pour les plus démunis, notamment à travers la mise en place par MSD de programmes humanitaires aux niveaux mondial et national.

Dans ce nouveau numéro du magazine **échanges** vous découvrirez que le Programme de Donation Mectizan® permet depuis 25 ans à des milliers de personnes de se prémunir du fléau de la "cécité des rivières". Plus proche de nous, la création, de plus en plus en fréquente, de Maisons de Santé Pluridisciplinaires constitue également une autre approche du "Vivre Mieux".

Autant d'illustrations originales que je vous invite à lire dans ce nouveau numéro d'**échanges**...

Bonne lecture !

sommaire





Les Maisons de Santé Pluridisciplinaires :

une réponse aux problèmes sanitaires de demain

Ils ne sont plus que 11 % des jeunes médecins formés à la spécialité de médecine générale à opter pour un exercice en libéral. Face à cette désaffection croissante des jeunes générations et dans le contexte d'une démographie médicale déclinante, pouvoirs publics et praticiens installés veulent promouvoir un **nouveau cadre d'exercice** au sein de maisons de santé dites pluridisciplinaires. Elles sont, pour les généralistes en place, un des moyens d'assurer leur succession, mais aussi un levier pour concevoir de nouvelles formes d'exercice plus attractives et des **réponses plus adaptées aux besoins médicaux** de demain.



La France compte à ce jour environ 450 Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP). Environ, car il s'en crée chaque mois de nouvelles sous l'impulsion des collectivités locales et le contrôle des Agences Régionales de Santé (ARS) qui ont en charge, depuis 2009, l'organisation de l'offre de soins sur les "territoires de santé" qui composent les régions. Cette formule des MSP, qui ne rassemblent encore, selon la FFMPS[1] que 2 % des médecins libéraux installés, devrait voir à l'avenir ses rangs s'élargir aux jeunes générations de praticiens qui veulent exercer aux côtés d'autres professionnels de santé: infirmières, kinésithérapeutes, psychologues, orthophonistes, orthoptistes, nutritionnistes, voire pharmaciens.

Un nouveau mode d'exercice encouragé par les pouvoirs publics

Favorisées tant par les Autorités de santé – qui voudraient voir leur nombre grimper à 1000 – que par les ARS – qui y voient une réponse adaptée à la désertification médicale -, les MSP, du fait d'une prise en charge pluridisciplinaire des malades, pourraient également constituer une réponse efficace à la prise en charge des besoins sanitaires liés au vieillissement de la population comme à l'explosion des maladies chroniques. Pour leur donner une nouvelle impulsion, la loi de financement de la Sécurité sociale a prévu, pour 2013, de reconnaître et de valoriser les "nouvelles organisations et nouveaux services assurés par les professionnels de santé, dans le but de promouvoir la dynamique d'équipes pluri-professionnelles" (art. 38 de la loi).

(1) Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé, association loi 1901, créée en septembre 2008 et présidée par le Dr Pierre de Haas, généraliste à Pont d'Ain (01). Cf. : www.ffmps.fr

Une réponse adaptée à la désertification médicale...

Face aux futurs départs à la retraite des médecins de campagne, exerçant souvent seuls, les communes rurales peinent à trouver de jeunes remplaçants, plus enclins à exercer en groupe et si possible à proximité d'un centre hospitalier. Aussi, de nombreux généralistes anticipent cette mutation même de leur activité en préparant la création de MSP qui regroupent sous un même toit divers professionnels de santé. Ainsi, Pascal Bonnet, 60 ans, généraliste en Isère, à Cessieu, commune de 2800 habitants, exerce depuis 20 ans son métier au sein d'une maison médicale aux cotés de trois généralistes, un kinésithérapeute, une orthoptiste, deux infirmières et un dentiste. Il est en plein déménagement avec ces collègues vers la commune voisine de Saint-Victor-de-Cessieu, un bourg relai de 2200 habitants. L'objectif est de réaliser une intégration de tous les professionnels de santé dans un nouveau bâtiment qui deviendra bientôt une MSP, elle-même insérée dans un pôle de santé qui englobera une quarantaine de professionnels de santé sur un secteur de dix communes. Pour le Dr Bonnet, cette migration s'impose comme une nécessité. *« Nous pourrons ainsi gérer ensemble tous les patients, bénéficier de nouvelles ressources liées à ce type d'exercice. Mais nous pourrons surtout mieux nous coordonner autour des patients et mieux prendre en compte les besoins de la population »*.

Dans les Landes, une autre généraliste, le Dr Catherine Tauzin, installée à Samadet depuis 1984, s'est récemment impliquée dans le projet d'une MSP de la communauté des communes de Tursan, qui a ouvert ses portes l'été dernier. Ici aussi, la désertification médicale qui s'annonçait a constitué le moteur de cette création. Deux médecins (un 3ème est attendu), trois infirmiers, un kinésithérapeute ont rejoint la nouvelle structure et ont défini un projet de santé commun. *« Nous commençons par travailler sur la "communication", le partage d'informations à mettre en place entre nous »*, précise

ZOOM

Démographie médicale : moins de médecins généralistes dans 77 départements

Entre le 1er janvier 2007 et le 1er janvier 2012, **77 départements** recensent une baisse du nombre de médecins généralistes inscrits à l'Ordre en activité régulière. **Paris** et le **Val-de-Marne** sont les deux départements qui comptabilisent la plus forte diminution (-16 %).

Âgés en moyenne de 52 ans, **23,4 % des généralistes** sont susceptibles d'arrêter leur activité professionnelle d'ici 2017.

[Source : Atlas de la démographie médicale, janvier 2012 du Conseil National de l'Ordre des Médecins – Section Formation et Compétences Médicales : « Etude sur la répartition des médecins généralistes », avril 2012]

le Dr Tauzin. « *Ensuite nous avancerons sur l'élaboration de protocoles pluriprofessionnels pour les maladies chroniques, sur des programmes d'éducation thérapeutique, avant d'intégrer dans notre démarche les pharmaciens et les autres médecins des communes voisines* ».

...comme aux contraintes des zones urbaines.

Ces trajectoires illustrent la réponse qu'un nombre important de médecins généralistes ont choisi d'apporter à la question de la désertification médicale, comme à celle du moindre attrait exercé par la médecine libérale, en travaillant aux côtés d'autres professionnels de santé. Le schéma s'applique également dans les zones urbaines, en particulier les périphéries sensibles des grandes villes, parfois purement et simplement abandonnées par les praticiens. Ainsi, aux Mureaux, commune des Yvelines de 33 000 habitants, le Dr Arnaud Tesmoingt et le Dr Marie-Hélène Certain (cf. interview page suivante) ont choisi de préparer leur emménagement vers une MSP. Le premier exerce actuellement à mi-temps dans un cabinet de groupe situé dans un quartier peuplé majoritairement de populations d'origine immigrée. Il est, le reste du temps, à la mairie des Mureaux où il coordonne l'Atelier Santé-Ville comme chef de service "Santé-Handicap". La seconde exerce également dans un cabinet de groupe de la ville. Tous deux veulent désormais changer de cadre de travail. La future MSP des Mureaux accueillera huit généralistes, trois kinésithérapeutes, quatre infirmiers, un podologue et un pharmacien. Le projet, porté à l'origine par des infirmières, a été présenté à l'ARS qui a donné son feu vert pour la création de la MSP.

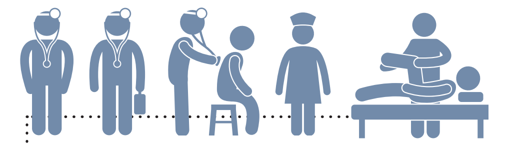
Un meilleur confort de travail

Le Dr Tesmoingt voit dans cette création à la fois une réponse à la population soucieuse de maintenir l'accès aux soins, mais également une réponse donnée aux médecins de la place « qui veulent un confort de travail dans des conditions optimales ». La maison ouvrira ses portes en juin 2014. « *Dotée d'un plateau technique plus important, elle permettra de faire venir des jeunes médecins. Dans le difficile contexte de nos banlieues, il faut apporter quelque chose de plus* », note le Dr Arnaud Tesmoingt.

Une prise en charge globale du patient

Dans le Jura, à Bletterans, la MSP des Bords de Seille a réuni pas moins de 23 professionnels de santé libéraux, autour de huit généralistes. L'éducation thérapeutique et la prise en charge globale du patient figurent au menu de son fonctionnement, avec des consultations organisées sur rendez-vous et un point fixe de consultation intégré dans la permanence des soins. Des protocoles y ont été établis pour permettre une délégation de tâches validée par les autorités de tutelles (ARS ou HAS). « *Pour le patient, c'est l'assurance d'une prise en charge codifiée et optimisée, et une reconnaissance d'un transfert de compétences pour le professionnel de santé* », note à cet égard Jean-Michel Mazué, Conseiller médical à la Haute Autorité de Santé. « Les nouvelles formes d'exercice ont été portées jusque-là par des professionnels de santé charismatiques dont il faut saluer la motivation et l'engagement », indique le rapport présenté en 2010 par le Pr Guy Valencien[2], à la demande de la ministre de la Santé. Il s'agit maintenant de passer à une nouvelle ère pour assurer soutien et accompagnement à l'ensemble des professionnels voulant s'engager dans cette voie.

(2) « Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement », 2010.



MSP : mode d'emploi

La loi du 10 août 2011, dite loi Fourcade, a donné une nouvelle définition réglementaire des maisons de santé, inscrite dans le Code de la Santé Publique. Pour monter une MSP, il faut, selon le Dr Pierre de Haas, réunir

2 conditions essentielles :

- 1 équipe avec au minimum 2 médecins généralistes, 1 professionnel paramédical (infirmier, kinésithérapeute, ...) et si possible 1 pharmacien ;
- 1 accord avec les élus territoriaux de la commune d'implantation, condition importante de la réussite du projet

• Un financement privé ou public ?

Le financement d'une MSP peut être d'ordre privé, avec la création d'une SCI d'attribution pour construire le bâtiment, suivi d'une SCI ou d'une copropriété pour sa gestion. Les professionnels de santé sont alors propriétaires et peuvent céder leurs parts lors de leur départ.

Le financement peut aussi être d'ordre public : il est possible de faire appel à des investissements publics pour construire les murs, *via* les fonds d'aménagement du territoire (plan d'excellence rural, plans banlieues) ou les fonds européens (FEDER), ou des financements de collectivités locales. Les professionnels de santé sont alors locataires à vie.

Pour le fonctionnement de la MSP, il est possible de recevoir 50 000 euros du Fond d'Intervention Régional (FIR). En 2013, il devrait être possible aux généralistes de négocier avec les Caisses Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) l'octroi d'une dotation forfaitaire spécifique selon un cahier des charges précis pour rémunérer le travail en équipe de soins en maison de santé.

[Source : « Monter et faire vivre une maison de santé », Pierre de Haas, Editions Le Coudrier, février 2012]



REGARDS CROISÉS

LA MSP (MAISON DE SANTÉ PLURIDISCIPLINAIRE) : EN VILLE OU À LA CAMPAGNE, DES OBJECTIFS PARTAGÉS

La maison médicale du Valromey dans l'Ain, qui réunit sous un même toit cinq généralistes, une infirmière déléguée à la santé publique et un pharmacien, s'est ouverte, depuis 2011, à une diététicienne et une psychologue et fait désormais partie d'un Pôle Santé qui rassemble quarante professionnels de santé sur trois cantons.

> « La première chose qui nous a intéressé a été de pérenniser l'activité médicale sur le secteur »

« Notre engagement dans cette démarche a donné aux étudiants l'envie de travailler avec nous et, éventuellement, de s'associer avec nous dans l'avenir », explique le Dr Marissal, généraliste à Artemare (01). « *Dans la ville des Mureaux, dont la démographie médicale est descendante, les jeunes médecins, kinésithérapeutes ou infirmières ne se précipitent pas pour s'installer* », précise de son côté le Dr Certain, médecin généraliste depuis 1985 dans un groupe qui comprend quatre médecins et deux infirmières.

> « Il fallait trouver un endroit et une façon d'exercer pour attirer les jeunes »

« Nous avons eu envie de procéder autrement, de partager davantage entre collègues et avec d'autres professionnels qui ne sont pas dans la maison, et de nous moderniser avec un plateau technique plus important. Le local où nous sommes devient trop petit et peu fonctionnel ». Ce qui a par ailleurs séduit les professionnels de santé réunis au sein de la MSP du Valromey est le nouveau mode de fonctionnement que permet l'exercice pluridisciplinaire.

> « Il entraîne une nouvelle qualité de travail avec des secrétaires qui ont choisi de travailler chez nous et qui permettent de nous libérer d'une partie de nos activités quotidiennes »

« Autre avantage, celui de pouvoir régler le problème des absences des praticiens qui se remplacent désormais mutuellement », note le Dr Marissal. « *Depuis que nous avons à nos côtés une infirmière dédiée à la santé publique, de type ASALEE* [1]*, nous avons pu lui déléguer des tâches pour soulager notre quotidien et nous recentrer un peu plus sur nos activités médicales* », ajoute ce dernier.

Le paiement à l'acte ne suffit plus

Les deux maisons ont d'ores et déjà inscrit sur leur feuille de route la prise en charge de populations caractérisées par le vieillissement et la prévalence de maladies chroniques. « *Nous avons ainsi commencé à planifier le suivi des maladies chroniques avec le projet d'éducation thérapeutique des patients, les soins palliatifs, les personnes âgées* », poursuit le Dr Certain. Reste que cette prise en charge spécifique des malades chroniques se heurte, selon le Dr Marissal, à un problème : « *le paiement à l'acte, qui correspond à des prises en charge courtes. La présence de l'infirmière, qui prépare nos consultations, nous facilite ainsi la vie* ». « *Mais les difficultés quotidiennes viennent du fait que nous avons en charge des patients "lourds", souvent polypathologiques, pour lesquels le suivi ponctuel rémunéré à l'acte ne suffit pas* », lui répond en écho le Dr Certain. « *Des forfaits pourraient permettre de rémunérer cette prise en charge globale, avec synthèse et coordination. Il faudra à court terme des forfaits pour les professionnels, ou encore un contrat territorial entre les équipes de proximité et l'ARS. Ceci pour rémunérer le travail des équipes en fonction des services rendus* ».

Pour un certain type de médecins, sur certains territoires

Si les MSP bousculent les modes de coopération entre médecins, elles ne présagent cependant pas totalement l'exercice médical des généralistes de demain « *Cela préfigure une médecine pour un certain type de médecins, sur certains territoires* », avance le Dr Marissal. « *Certains médecins restent très individualistes. Cela ne veut pas dire que l'on ne puisse pas faire un Pôle de Santé "hors les murs". Il y aura des MSP pour ceux qui ont envie de travailler ensemble et il y aura des Pôles de Santé éclatés où les professionnels se rencontreront, avec un coordinnateur qui jouera le rôle d'un chef d'orchestre. Mais il y aura toujours des médecins qui travailleront de manière individuelle, on pourra toutefois leur donner envie, progressivement, d'exercer autrement* ».

> « Il s'agit surtout d'apporter une bonne réponse pour attirer les jeunes, pour re-fédérer les médecins, pour améliorer la coordination »

« Ce qui compte, c'est que les patients et les professionnels puissent bénéficier, sur un territoire donné, des services de la maison de santé. Nous aimerions que les trente médecins généralistes des Mureaux aient une démarche collective », se plaît à espérer le Dr Marie-Hélène Certain.

(1) L'expérimentation ASALEE, comme « Action de SAnté Libérale En Équipe », est une expérimentation de coopération entre professionnels de santé. Elle consiste à permettre à une infirmière de travailler sur un mode salarié ou sur un mode libéral au sein des cabinets médicaux.



La “cécité venue des rivières” : **un fléau dévastateur**

En Afrique subsaharienne, un enfant guide une femme ayant perdu la vue des suites de l’onchocercose

En 2012, le Programme de Donation Mectizan® a fêté ses 25 ans d'existence. 25 ans au cours desquels la molécule a été mise à la disposition, gratuitement et aussi longtemps que nécessaire, pour les populations infectées ou exposées au risque d'onchocercose ou "cécité des rivières". Un quart de siècle plus tard, ce programme de santé publique a permis d'aboutir à l'élimination de cette maladie parasitaire à grande échelle. Il représente aussi le plus long partenariat public-privé de l'histoire.

On ne devrait plus voir en Afrique ces enfants qui, du bout de leur bâton, guident dans les villages des adultes aveugles et victimes de ce fléau qu'est l'onchocercose, appelée également *"cécité des rivières"*. Cette maladie, provoquée par un ver parasite et transmise par la piqûre d'un moucheron noir (appelé simulie ou Simulium), a pour effet d'entraîner des démangeaisons intenses, une dermite défigurante et des déficiences visuelles graves. Le voyageur qui traversait, il y a plus de 25 ans, certains villages dans la partie centrale de l'Afrique, ne pouvait ignorer ces cohortes d'hommes adultes rendus aveugles par une maladie méconnue. Cette dernière, dite du *"bout de la piste"*, empéchait les habitants des zones concernées de poursuivre leurs activités en bordure des rivières où ils cultivaient, s'approvisionnaient en eau et pêchaient. Ces aveugles quittaient ainsi progressivement leurs champs, conscients que le danger venait de l'eau, sans réellement savoir que les milliers de piqûres de moucherons étaient à son origine. La menace concernait 90 millions de personnes sur le seul continent Africain. Elle aura, au fil du siècle écoulé, ruiné des économies, paralysé la vie de bien des villages et handicapé des millions d'individus. Les experts voient à travers ses symptômes une *"maladie d'accumulation"* : les personnes piquées des milliers de fois par jour par les simulies commencent par se gratter. (cf. cycle biologique d'Onchocerca volvulus). L'émission de microfilaires, qui deviendront des larves infectantes, fera ensuite son œuvre dans l'épaisseur du derme et de l'hypoderme, ainsi que dans les muqueuses, conduisant les personnes atteintes à se gratter en utilisant les moyens disponibles, c'est-à-dire tout simplement des pierres ramassées sur le bord de la route. Lentement mais sûrement, l'onchocercose a ainsi produit son lot de lésions cutanées, avec leurs nodules onchocerquiens et leur prurit, ainsi que de multiples lésions oculaires, de la cornée ou du segment postérieur. L'espérance de vie d'une personne devenue aveugle en zone d'endémie est alors réduite d'environ 10 ans.



Un jeune pêcheur dans un cours d'eau où se reproduisent les simulies, vecteurs de l'onchocercose


Nodule sous-cutané sur les côtes


Vers parasites Onchocerca volvulus adultes, excisés à partir d'un nodule sous-cutané

Au plan économique, l'onchocercose a également provoqué des dégâts notables dans des régions largement sous-développées. Car au fil des décennies la peur de la maladie a entraîné le départ de nombreux habitants, pour des régions beaucoup moins fertiles et avec lui un abandon de vastes zones cultivables situées le long des rivières. La production agricole s'en est trouvée considérablement diminuée, appauvrissant les populations et accroissant les risques de famine sur le continent africain.

Une molécule a éliminé la maladie

En 1987, MSD prend l'engagement de mettre, gratuitement et aussi longtemps que nécessaire, une molécule, l'ivermectine (Mectizan®), seul traitement en mesure d'éradiquer l'onchocercose, à la disposition des populations qui en ont besoin.
Cette donation sans précédent est administrée par le Programme de Donation Mectizan®, qui travaille avec les ministères de la Santé et l'Organisation Mondiale de la Santé pour distribuer le médicament. L'objectif du programme répond efficacement aux conséquences économiques de l'onchocercose et redonnera vie à des centaines de villages. Il est implanté en s'appuyant sur des opérations de traitements communautaires émanant de structures de santé nationales ou d'organisations non gouvernementales ayant la capacité de mettre en œuvre de telles actions. *« Il fallait obtenir le consentement du chef de village, auquel un traducteur expliquait que les adultes aveugles le resteraient, mais qu'il était possible d'épargner les enfants, s'ils prenaient un comprimé »*, commente à son égard le Dr Philippe Gaxotte, spécialiste en médecine tropicale qui contribua à mettre en place ce Programme de Donation dans différents pays d'Afrique (cf. interview page 12). A l'aide d'un infirmier local, les bénéficiaires étaient ensuite enregistrés en vue d'un suivi post-thérapeutique, permettant ainsi de noter la tolérance au traitement et son efficacité jusqu'à la prise suivante. Le plus grand soutien provint des mères africaines, qui ont immédiatement constaté l'efficacité de la molécule quand leurs enfants ont évacué, dès le lendemain du traitement, les ascaris (vers ronds visibles) qui parasitaient leur intestin. Les habitants des zones concernées ont pu rapidement constater que le traitement proposé stoppait la maladie au stade où elle se situait et qu'il avait un effet immédiat. *« Il était la meilleure carte de visite possible et a constitué une vraie révolution thérapeutique »*, ajoute le médecin.

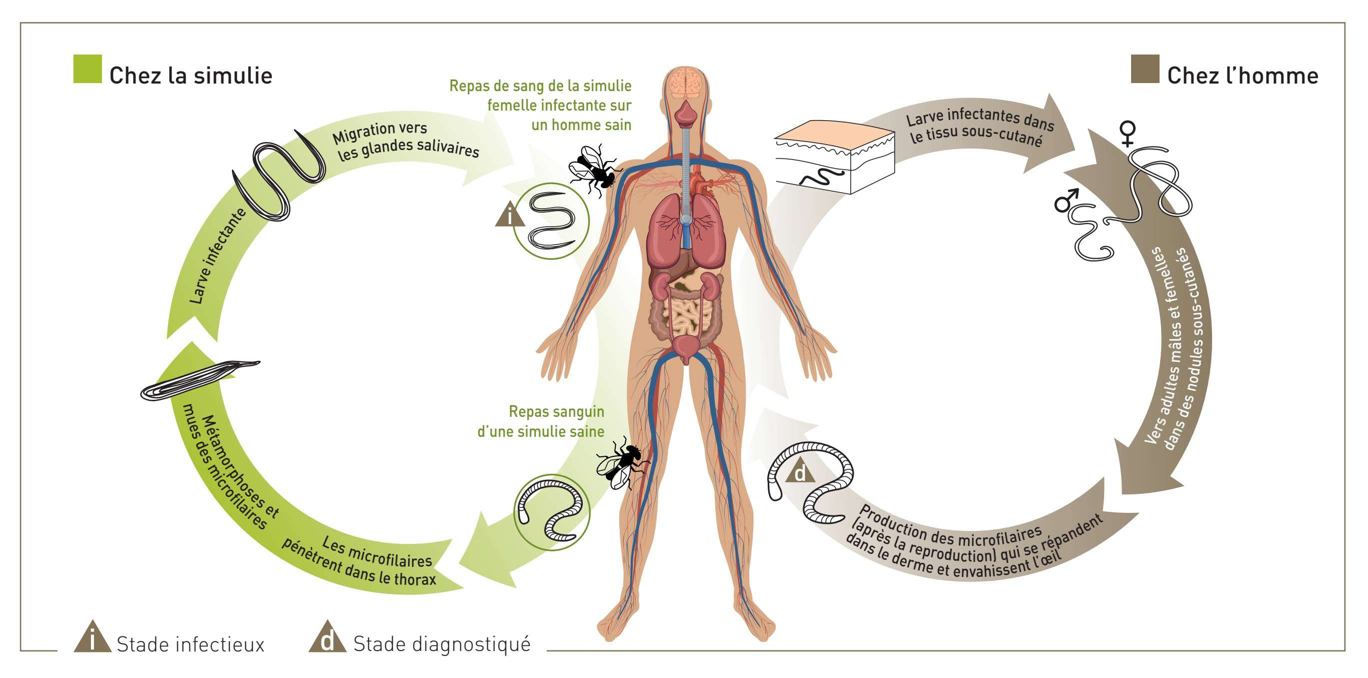
40 000 cas de cécité évités par an

En 25 ans, plus de 1,5 milliard de traitements ont été attribués pour lutter contre la "cécité des rivières" et, depuis la mise en

« Dans mon village, on dit que perdre la vue, c'est perdre la vie »



Cycle biologique d'Onchocerca volvulus



oeuvre du programme, la valeur totale estimée de ces dons s'élève à 5,1 milliards de dollars (3,9 milliards d'euros). À ce jour, plus de 117 000 communautés locales - au sein desquelles des volontaires formés administrent les traitements -, participent au programme de lutte contre l'onchocercose, dans 28 pays d'Afrique, 6 pays d'Amérique latine et au Yémen. Ce sont ainsi quelque 40 000 cas de cécité qui sont prévenus chaque année dans les pays concernés.

La lutte contre le vecteur de l'onchocercose

Avant l'arrivée du Mectizan®, la lutte contre le vecteur de la maladie a débuté en 1974 par une initiative de l'OMS avec le programme Ouest Africain de lutte contre l'onchocercose : "Onchocerciasis Control Program". Non basé sur une chimiothérapie mais sur une lutte antivectorielle, c'est-à-dire la destruction des larves de simulies par épandages aériens d'insecticides sur les ruisseaux et rivières au cours rapide, ce programme a permis d'interrompre le cycle de vie du parasite sur plus de 1,3 million de km². Des programmes de traitement de masse par Mectizan® à directive communautaire ont, par la suite, été mis en place. En 1992, un groupe d'Organisations Non-Gouvernementales de Développement (ONGD), maintenant appelé groupe de coordination des organisations non-gouvernementales de développement pour la lutte contre l'onchocercose, a été constitué pour favoriser le traitement par Mectizan® dans les pays endémiques afin d'éliminer l'onchocercose en tant que problème de santé publique. Actuellement, il se compose de 9 ONGD dont l'OPC "Organisation de Prévention de la Cécité", principale ONG française du groupe.

En 1998, le Programme de Donation Mectizan® s'est étendu à la surveillance d'une autre maladie, la filariose lymphatique appelée également éléphantiasis, dans les pays d'Afrique où cette maladie coexiste avec la cécité des rivières puis à la surveillance du déficit en vitamine A, de la cataracte et du trachome.

Mirabel (France) : centre d'expédition mondial de Mectizan®

C'est à Riom, au cœur de l'Auvergne, au sein du site de recherche et de production des laboratoires MSD, que 25 collaborateurs travaillent pour le programme Mectizan®. Fabriqué aux Pays-Bas, le médicament est conditionné, contrôlé et expédié à partir de Mirabel (Puy-de-Dôme) vers l'Afrique et l'Amérique latine. En 2011, 1,4 million de boîtes ont été expédiées, ce qui représente 700 millions de traitements.

« L'onchocercose est la 2ème cause de cécité au monde »

INTERVIEW DR PHILIPPE GAXOTTE

L'ONCHOCERCOSE A ÉTÉ ÉLIMINÉE EN TANT QUE PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE

Le Dr Philippe Gaxotte, aujourd'hui médecin à la retraite, diplômé de médecine tropicale, a exercé à Paris où il a également été enseignant en parasitologie. Il a, 20 années durant, occupé la fonction de directeur médical pour l'Afrique au sein des laboratoires MSD. Il témoigne sur le Programme de Donation Mectizan® qu'il a contribué à mettre en place et à suivre sur le terrain.

Comment est né le Mectizan® ?

Cette molécule est née en 1975 des services de recherche de MSD aux Etats-Unis qui, en procédant à des prélèvements sur un terrain de golf au Japon et lors d'un criblage moléculaire, sont tombés sur ce qui aurait pu devenir un antibiotique. Ils se sont aperçus dans les faits que ce composé avait une action antiparasitaire extrêmement puissante chez les animaux. Un médecin du centre de recherche de MSD, le Dr Mohamed Aziz, a aussitôt demandé à voir quelle pouvait être son action dans l'onchocercose. Cette découverte donnera naissance à une nouvelle famille d'anti-parasitaires : les avermectines. Antihelminthique de la famille des avermectines, l'ivermectine est active sur un grand nombre de vers nématodes et sur certains arthropodes. Le Pdg de MSD de l'époque, M. Roy Vagelos, s'est passionné pou ce sujet et a demandé que la molécule soit développée, pour sa phase clinique, en Afrique. J'étais alors jeune directeur médical de MSD pour l'Afrique. Avec MSD Research Laboratory, nous avons commencé à étudier la molécule sur le continent Africain. Le premier homme qui a reçu de l'ivermectine était originaire de Dakar, au Sénégal, c'était en 1982. En octobre 1987, l'ivermectine sera enregistrée pour la première fois en France sous le nom de Mectizan®.


Dr Philippe Gaxotte en consultation au Sénégal

Dans quel contexte a commencé ce Programme de Donation Mectizan® ?

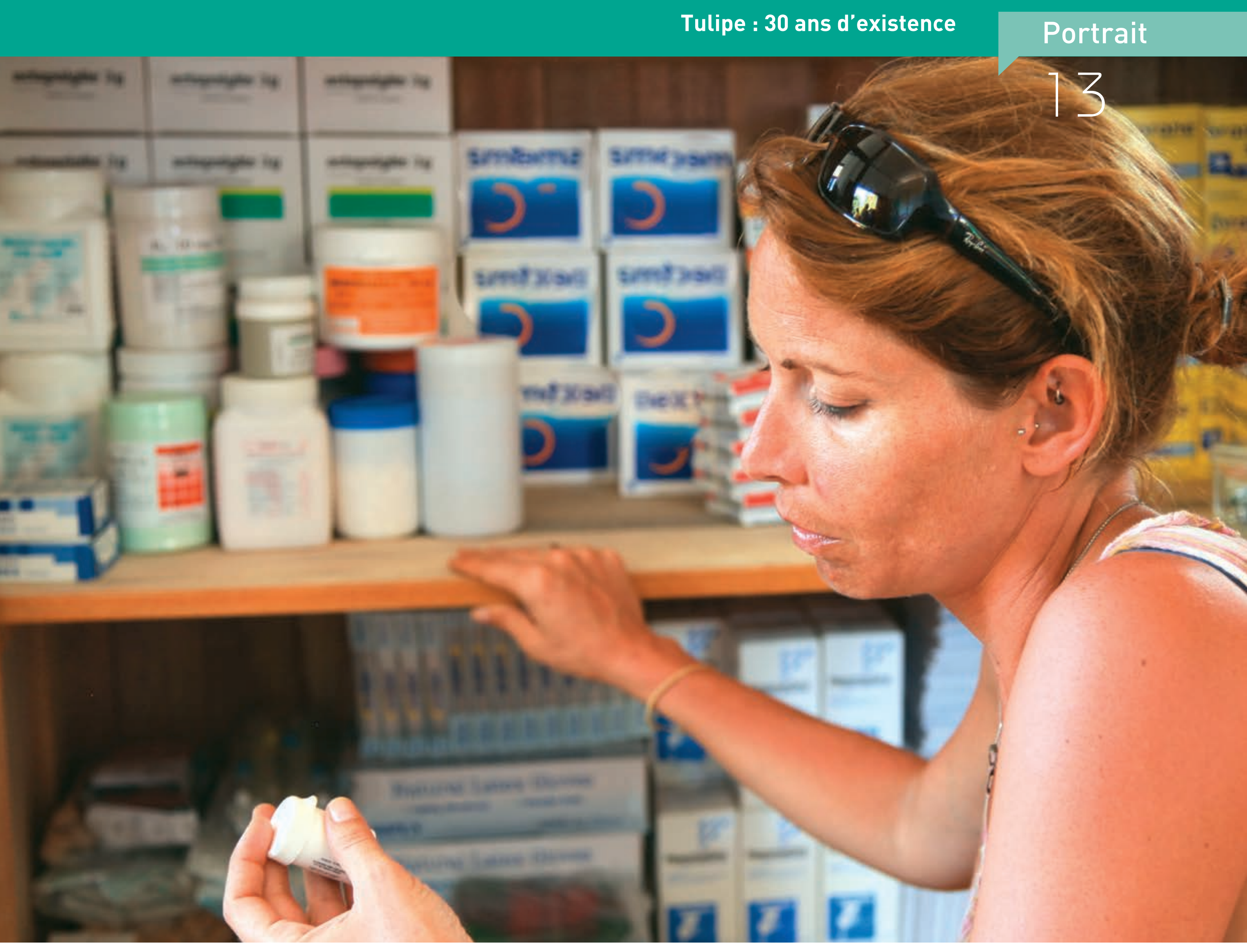
C'est à l'issue de réunions avec l'OMS qu'a été prise cette décision de donner la molécule à toute personne qui en a besoin et aussi longtemps qu'il le faudra. Il n'y a donc eu aucune limite dans le temps, ni de volume pour cette donation. Pour mettre en place le Programme de Donation Mectizan®, les laboratoires MSD ont créé un comité d'experts, placé sous la direction du Dr William Foege de la Fondation Carter d'Atlanta. Avec ce programme, il s'agissait alors de définir une feuille de route à remplir par les ONG ou organismes internationaux qui acceptaient de participer à cette donation mais, avec elle, s'engageaient à une distribution correcte. Tout était par ailleurs centralisé par le comité d'experts d'Atlanta.

Quel a été votre rôle dans ce cadre ?

J'ai visité tous les pays d'endémie et rencontré un grand nombre de ministres de la Santé de pays africains pour expliquer la finalité du programme. Il faut savoir qu'il s'agit d'une maladie rurale, *"du bout de la piste"*. Il fallait donc aller dans les villages en jeep et voir dans quelles conditions les équipes, locales ou issues d'ONG, comme l'OPC français, étaient capables d'aborder les villages et de commencer les distributions. J'ai participé à l'enregistrement du médicament dans certains pays. Il fallait voir, selon le pays concerné et l'état de ses structures sanitaires, si l'on pouvait instruire et encadrer des personnes locales et vérifier qu'elles puissent assurer la distribution du médicament. Soit deux fois par an au début, puis avec le recul de l'endémie, une fois dans l'année. Souvent, nous avons nous-mêmes mis en place une organisation pour des pays sans ressources.

Peut-on parler d'éradication de la maladie ?

Parler d'éradication est trop vaste. Nous avons surtout, à l'époque, parlé d'élimination de l'onchocercose en tant que problème de santé publique. On a voulu qu'il n'y ait plus d'aveugles. Dans les villages où nous avons distribué les comprimés, les mères revenaient nous voir le lendemain avec un grand sourire, car leurs enfants avaient évacué des ascaris, c'est-à-dire des vers assez longs qui vivent dans le gros intestin. C'est donc très efficace contre ces parasites et cela a contribué à la diffusion de l'information auprès des populations locales. Ce programme a été l'un des plus beaux programmes de médecine tropicale, surtout parce qu'il a réussi : il n'y a plus d'aveugles par onchocercose. Souvenons-nous qu'au départ de ce programme, en 1987, il y avait dans le monde selon l'OMS,18 millions de personnes infestées, plus de cent millions de personnes exposées au risque d'onchocercose et 270 000 aveugles. 25 ans plus tard, le bilan présenté est largement positif et la "cécité des rivières" a disparu d'un grand nombre de pays.



Séverine Teurlai en mission d'audit dans les dispensaires de l'archipel de Myeik, au Myanmar (Birmanie)

« J'ai découvert un autre monde chez Tulipe »

pharmacien à vocation humanitaire

A 37 ans, Séverine Teurlai a déjà couru et secouru le monde. Désormais directrice de l'association Tulipe, elle a décidé de mettre son expertise de pharmacien au service de l'action humanitaire d'urgence. L'association Tulipe achemine des produits de santé dans les pays en situation de crise ou de catastrophe humanitaire.



Des femmes du dispensaire de l'archipel de Myeik attendent une consultation

Pharmacien de formation, dotée d'un master en neuro-psycho-pharmacologie, Séverine Teurlai est, depuis mai 2012, directrice de Tulipe. Chaque matin, quand elle n'est pas en mission d'inspection d'une ONG quelque part dans le monde, elle se rend à Boulogne-Billancourt, siège d'une association aussi particulière qu'originale. Car Tulipe est un établissement pharmaceutique, qui collecte des produits de santé et les distribue de par le monde à l'une ou l'autre des vingt-sept associations ou ONG avec laquelle elle a noué des partenariats. Une collecte que cet établissement effectue auprès d'une soixantaine de laboratoires pharmaceutiques ou de sociétés produisant des dispositifs médicaux et avec lesquels le pharmacien responsable a établi des contacts réguliers.
« Je contacte les industriels de la santé en fonction de nos besoins, c'est-à-dire en fonction des besoins qu'expriment les ONG avec lesquelles nous sommes en relation », explique la directrice. Des commandes qu'elle reçoit régulièrement et que Tulipe doit préparer sur sa plate-forme logistique de Garonor, près de l'aéroport de Roissy-Charles-de-Gaulle. L'inventaire des demandes du jour, Séverine Teurlai les répartit ensuite en fonction des laboratoires qu'elle envisage de solliciter. Une tâche qui n'est pas toujours simple, car il lui faut coordonner chaque demande avec un laboratoire donateur en vue de la réalisation des kits de médicaments et de produits de santé qui seront acheminés sur le théâtre des catastrophes. Un travail qui sera réalisé par des bénévoles, qui peuvent être des membres de l'univers associatif, des salariés d'une entreprise adhérente ou encore des retraités de l'industrie du médicament qui acceptent de donner de leur temps à ces « journées kits ».

24 heures chrono...

« Les kits de Tulipe doivent être disponibles en 24 heures lorsqu'une urgence survient », explique le pharmacien. « *Autant dire que cette performance ne serait pas possible sans un fonctionnement très professionnel* ». Sur son planning sont ainsi inscrits les divers cas de figure qui se présentent à Tulipe pour ses envois : kits traditionnels de l'urgence, pédiatriques ou encore thérapeutiques de base pour les adultes. A cet ensemble s'ajoutent, depuis peu, des kits à dominante chirurgicale, dotés de petits matériels médicaux (pansements, bandages, seringues, etc.) nécessaires aux urgences et aux situations de post-urgence. Cet ensemble de tâches est placé sous la direction ou la supervision du pharmacien responsable qui peut encore être amenée à fournir des produits de santé "en vrac", essentiels pour les situations de crise.

Pour autant, sa tâche de gestionnaire ne s'arrête pas là. Il lui faut également recevoir les autorités sanitaires, quand l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament diligente un de ses membres pour effectuer une inspection dans son établissement de Roissy. Sans compter les relations régulières que la directrice de Tulipe entretient avec son conseil d'administration, auquel elle rend des comptes sur le développement de ses activités plusieurs fois par an. Enfin, Séverine Teurlai se rend aussi régulièrement à l'étranger pour rencontrer les autorités locales et visiter les ONG destinataires des kits.

« Je suis la garante d'une bonne distribution des produits qui nous sont donnés »

Celle qui a longtemps parcouru le monde avec Médecins sans Frontières et qui connaît bien l'univers des ONG, audite régulièrement ces dernières sur place pour vérifier que les produits livrés correspondent bien aux besoins du pays. Pour le proche avenir, elle projette de faire un groupe de travail avec les ONG pour affiner le cahier des charges qui est déjà en place. *« J'ai découvert un autre monde chez Tulipe »*, confie celle qui a fait le choix d'y consacrer son temps et ses compétences.



Tulipe : 30 ans d'existence

Arrivée en pirogue des cantines Tulipe sur l'archipel de Myeik



L'association Tulipe a fêté en novembre 2012 ses 30 années d'existence. Elle est née d'une prise de conscience des industries de santé sur la nécessité de répondre bénévolement au besoin criant de médicaments et de matériel médical qui s'exprime lors des crises sanitaires.

En trente ans, Tulipe a acheminé vers les situations d'urgence – d'abord vers la Pologne, puis vers toutes les crises qui ont secoué le XXe siècle et plus récemment au Liban, en Afghanistan, au Pakistan, dans les pays d'Asie touchés par le tsunami, en Côte d'Ivoire, en Haïti, en Libye et aux Philippines - 2100 tonnes de produits de santé, représentant une valeur de 110 millions d'euros. Les entreprises adhérentes de Tulipe lui ont versé 5,5 millions d'euros pour son fonctionnement (location d'entrepôt à Garonor, près de Roissy, maintenance des stocks, etc.). En 2011, l'association, qui compte 60 adhérents, dont MSD, a distribué 1,8 million de traitements, soit 600 kits de produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux de première nécessité), pour une valeur de 1,6 million d'euros. 23 pays ont bénéficié de ses donations, par l'entremise de 27 associations et ONG avec lesquelles Tulipe a passé des conventions de partenariat. L'association, reconnue "d'intérêt général" depuis 1994, est présidée depuis 2008 par le Dr Benoit Gallet, vice-président Affaires publiques chez Bristol Myers Squibb. Son conseil d'administration est composé de 19 membres. Elle possède le statut d'établissement pharmaceutique, distributeur en gros à vocation humanitaire.



Préparation des cantines Tulipe à l'entrepôt de Garonor, près de Roissy

Un peu d'histoire sur le cholestérol et les triglycérides



Si l'hypercholestérolémie n'est pas en soi une maladie, il s'agit d'un facteur de risque cardiovasculaire parmi les plus connus. Grand responsable de l'un des troubles métaboliques les plus traités, l'excès de cholestérol bénéficie d'une popularité qui laisserait penser que l'on en parle depuis la découverte de la circulation sanguine par William Harvey en 1616. Pourtant il n'en est rien car, d'une certaine manière, l'hypercholestérolémie est encore jeune... Si l'on se réfère au diabète qui a été découvert environ 4 siècles avant J.C., on peut dire que jusqu'à la fin du XIXème siècle, en matière de lipides sanguins, nous étions à côté de la plaque ! En effet, il faut attendre 1856 pour que le Dr Rudolph Virchow, pathologiste allemand, observe des lésions vasculaires athéromateuses, désignant le cholestérol en excès dans le sang comme en étant la cause. Virchow devint célèbre lorsqu'en 1858, il publia un ouvrage présentant sa théorie de la pathologie cellulaire selon laquelle les maladies ont leurs origines dans des altérations des cellules du corps. Les découvertes de la microbiologie remettront naturellement en cause cette théorie. Tandis que les scientifiques du début du XXème siècle confirment le lien entre la consommation de gras et la formation de la plaque d'athérome, le docteur Langen, médecin hollandais, suggère en 1916 le lien entre l'hypercholestérolémie et les accidents coronariens. Cette supposition sera largement confirmée par la célèbre étude américaine Framingham lancée en 1947, qui conduira à l'appellation de "facteur de risque cardio-vasculaire". Avec la première classification des lipides, les années 60 marquent la découverte des lipoprotéines et l'arrivée des premiers médicaments permettant de diminuer le taux de cholestérol. Depuis les années 70, les progrès n'ont cessé avec notamment la découverte des gènes responsables d'un taux élevé de cholestérol par Goldstein et Brown, récompensés par un prix Nobel en 1985, cinq années après l'arrivée des statines.

Bill Clinton



comme une tâche sur l'artère...

William Jefferson Blythe III ou plus simplement Bill Clinton est né le 19 août 1946 à Hope, Arkansas. Issu d'un milieu modeste, il mène une enfance plutôt mouvementée entre un beau-père alcoolique et une mère maltraitée. Bon élève, il se passionne pour la musique avant d'assister à un meeting politique de JFK et d'avoir une révélation sur sa vocation. Après avoir été à 32 ans le plus jeune gouverneur d'un Etat américain, il devient le 42ème président des Etats-Unis de 1993 à 2001. Président moderne à l'image "sympathique", Bill Clinton est gourmand. Un journaliste écrira sur lui « il aime les burgers, les femmes et les cigares... son rythme n'est pas compatible avec son dernier examen de santé à la Maison Blanche qui indique un taux de cholestérol de 177 mg/dll ». En 2004, il subit un quadruple pontage coronarien, suivi quelques années plus tard d'une angioplastie.

Césaria Evora



la diva aux pieds nus...

La célèbre chanteuse capverdienne est née le 27 août 1941 à Mindelo sur l'île de São Vicente. La chanteuse, qui débute sa carrière dans les années 60 et avait pour habitude de se produire nus-pieds, a du mal à vivre décemment de son art. Les difficultés familiales et la pauvreté l'obligent à interrompre sa carrière pendant 10 ans. C'est en 1985, à l'occasion de la célébration du 10ème anniversaire de l'indépendance du Cap Vert, qu'elle remonte sur scène et entame la carrière internationale qu'on lui connaît. Devenue célèbre à 50 ans, la diva entretient une hygiène de vie marquée par la consommation d'alcool, de cigarettes et de chips dont elle est friande ! Avec le lourd passif d'une opération à cœur ouvert, un taux de cholestérol largement excessif, des résultats d'analyse très mauvais, c'est sur son île qu'elle décide de terminer sa vie. Elle s'en est allée le 17 décembre 2011.

Mona Lisa



un regard qui ne trompe pas

La Joconde est l'une des œuvres les plus célèbres au monde, et c'est bien sûr l'une des plus énigmatiques de Léonard de Vinci. Le tableau réalisé entre 1503 et 1506 représenterait le portrait de la florentine Mona Lisa del Giocondo. Une équipe canadienne a dernièrement découvert, à l'aide d'un laser permettant de lire la peinture en 3 dimensions, que le visage de la jeune femme était enveloppé d'un voile transparent, traditionnellement porté par les femmes enceintes ou venant d'accoucher... Encore plus récemment, l'expert italien Vito Franco, professeur d'anatomie à Palerme, a découvert que Mona Lisa avait un excès de cholestérol ! La poche jaunâtre de xanthelasma située sous l'œil gauche en témoigne de même que les lipômes sous-cutanés sur les mains. Est-ce un indice de plus pour savoir qui elle est réellement, l'enquête se poursuit...



Le symptôme du *Manuel Merck* sur internet !

MSD France poursuit sa démarche de développement d'outils numériques et digitaux pour les professionnels de santé. La plate-forme internet univadis.fr, véritable bible pour l'amélioration des connaissances médicales et scientifiques en ligne, propose un accès direct au *Manuel Merck de diagnostic et thérapeutique ainsi qu'au Manuel Merck des symptômes*.

Un peu d'histoire…

La première édition du *Manuel Merck* date de 1899, faisant de cet ouvrage le plus ancien manuel de médecine écrit en anglais, publié sans interruption depuis sa création.

Le petit précis de 192 pages proposé par MSD témoigne, déjà à cette époque, de la volonté du laboratoire d'inscrire son action dans la prise en charge globale des patients. En effet, l'entreprise du médicament, créée huit ans plus tôt, met en œuvre des initiatives dépassant le cadre de son activité de recherche. Elle contribue notamment à des publications pour informer de manière impartiale les médecins et les pharmaciens souhaitant accéder facilement à des références médicales. C'est ainsi que le "Merck's Manual of Materia Medica" (Manuel Merck de la Pharmacopée), connu sous le nom complet de Manuel Merck de Diagnostic et Thérapeutique, s'attache depuis plus d'un siècle à donner aux cliniciens des informations actuelles, concises et complètes sur les pathologies connues. Il est aujourd'hui traduit dans 17 langues et offre une collection étendue dont un *Manuel Merck de Gériatrie* et un livre d'informations vulgarisées pour le grand-public. Les nombreuses rééditions tiennent et rendent compte des progrès de la médecine, répertoriant quasiment toutes les maladies les plus importantes. Devenu au fil du temps l'un des ouvrages médicaux les plus diffusés au monde, le "*Merck*" en est aujourd'hui à sa 18ème édition américaine et sa 4ème édition française. Environ 300 médecins issus de tous domaines

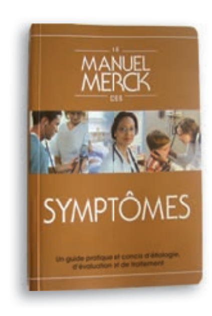
thérapeutiques confondus contribuent à ce que chaque publication du Manuel Merck soit non seulement actualisée, claire et pratique, mais permette d'anticiper sur les questions d'avenir.

D'une bible à une autre : quand internet actualise une institution de la littérature médicale...

Mis en service depuis huit ans, le site *Univadis* a été développé dans le même esprit que le fut le *Manuel Merck* en son temps : proposer un service d'information médicale complet et pratique pour les professionnels de santé. À l'heure du 2.0, les possibilités offertes par internet font de ce site une mine d'informations, véritable encyclopédie sans cesse renouvelée, pouvant être consultée depuis un ordinateur ou un smartphone. C'est donc logiquement que la rubrique "*Manuel Merck*" a fait son apparition dans les services d'Univadis.
La version informatique de l'ouvrage centenaire a été remaniée pour faciliter la recherche des informations avec, notamment, un index analytique complet. Les fiches ont été structurées de façon à identifier distinctement la physiopathologie, l'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic, le traitement et la prévention. Qu'il s'agisse d'une recherche approfondie ou ponctuelle, les rédacteurs se sont attachés à satisfaire l'utilisateur, médecin, pharmacien, étudiant,... Un résumé précède ainsi chaque développement pour permettre une lecture intégrale ou partielle toujours confortable. A ce jour, les données de la version en ligne sont les mêmes que dans la version papier mais il est important de noter que les prochaines mises à jour seront à disposition plus rapidement sur internet, en premier lieu sur la version anglophone du site www.merckmanuals.com, puis en français sur le site Univadis.
Que les adeptes du surlignage et du post-it® se rassurent, la version papier sera systématiquement rééditée car cet ouvrage est avant tout un livre !

La connaissance des symptômes à l'appui du diagnostic...

MSD France a mis en ligne sur Univadis, depuis quelques mois, le *Manuel Merck des symptômes* en version française. Cet ouvrage est né en 2008 de l'idée qu'il était incontournable de proposer une approche complémentaire du *Merck Manuel de diagnostic et thérapeutique en élaborant une encyclopédie des symptômes : « Le Manuel Merck fournit des informations médicales, en particulier sur les pathologies, pour les cliniciens et les étudiants des professions de la santé. Si la connaissance des pathologies est indispensable pour pratiquer la médecine, celle des symptômes l'est également, car c'est le point de départ du processus diagnostique »*, explique Robert S. Porter, Rédacteur en chef du Manuel Merck des symptômes.



Selon le même schéma que le Manuel Merck, ce manuel des symptômes se veut pratique et concis, portant sur l'étiologie, l'évaluation et le traitement. S'agissant de la première édition en français, il a vocation à aider les médecins à évaluer avec précision les symptômes que présentent les patients. Il s'agit d'un guide *« structuré de manière à fournir un cadre pour la compréhension de 88 symptômes courants... Il facilitera l'approche diagnostique clinique, et le lecteur découvrira à l'usage que son format compact, la présentation des symptômes par ordre alphabétique (avec les informations essentielles pour poser le diagnostic) en font un ouvrage de consultation facile et rapide »*, explique Adrien Daprès de Blanzy, Éditeur.

Dans le cadre de son engagement à garantir l'accès à l'information médicale à tous ceux qui le souhaitent, MSD met en consultation libre et illimitée sur le web le contenu des Manuels Merck « http://www.merckmanuals.com ». Aucun enregistrement n'est requis. Les informations publiées sur le web sont actualisées en continu afin d'être aussi à jour que possible.



Le Manuel Merck traverse l'histoire

1899		2013
192 pages	**Volume**	plus de 3000 pages
Contre le mal de mer : champagne frappé, trinitrine, strychnine	**Traitement**	Contre la fatigue du décalage horaire : mélatonine
Contre la laryngite : sangsues		Contre les infections : antibio-résistance
1 dollar aux Etats-Unis en 1899	**Prix**	Gratuit en ligne sur internet avec Univadis pour les professionnels de santé



Le prix de la Providence…

L'Angleterre a été le premier pays au monde à offrir la gratuité des soins à ses concitoyens. Héritage de l'Etat Providence, le NHS « National Health Service » (système national de santé publique) de 1948 se voulait être un service public garantissant une couverture sociale et médicale pour tous et pour toute la vie, selon la formule de Beveridge, "from the cradle to the grave", du berceau au tombeau. Et si les réformes libérales Thatchériennes ont introduit la décentralisation et la mise en concurrence de fournisseurs de services de santé pour réduire les coûts exorbitants, cela n'a pas permis d'améliorer l'accès aux soins, ni réglé le problème des files d'attentes (hospital waiting lists). Dans ce contexte, la répartition des rôles entre l'hôpital, la médecine de ville et la pharmacie ont placé cette dernière dans une position particulière par rapport à ce que représente notre modèle français. En effet, les pharmacies anglaises tirent la majorité de leur financement du NHS et ont vocation à être de véritables centres d'excellence de santé publique avec, plus qu'une mission, un véritable contrat.



Philippe Hamida-Pisal exerce, depuis 10 ans à Londres, en tant que pharmacien et consultant en soins dermatologiques.
Il partage ainsi son temps entre le métier de pharmacien prescripteur, qu'il pratique en tant que salarié au sein d'une officine de chaîne située dans le quartier de Greenwich, et l'activité privée qu'il a récemment développée dans le domaine spécifique des soins esthétiques.

Un statut de salarié prescripteur

Dans le cadre de sa profession, un pharmacien salarié a la possibilité d'adapter et de répartir assez librement le temps passé à l'officine. Le statut de salarié prescripteur lui permet de bénéficier d'une certaine flexibilité dans la répartition du temps passé à l'officine, les pharmacies de chaînes ayant un mode de fonctionnement comparable à un supermarché. Paradoxe ou idée reçue, le mot "supermarché" peut sembler réducteur par rapport à l'idée que l'on se fait de la Pharmacie vue de l'hexagone. Ces établissements ont pourtant un rôle qui dépasse la délivrance de médicaments et de conseils puisqu'ils prodiguent des soins, proposent des consultations comparables à des consultations médicales, délivrent et renouvellent les ordonnances, bref, ont un lien plus direct avec le médecin dans le suivi des patients. Au risque de heurter les pharmaciens français, la mission de leurs homologues anglais est plus étendue car elle s'intègre à la politique de santé publique du fait d'un lien contractuel entre les officines et l'Etat. Mais Philippe Hamida-Pisal précise « *notre rôle est plus large, nous sommes plus libres et avons plus de moyens d'interagir avec le patient mais attention, tout cela est très contrôlé car largement financé par les PCT, les Primary Care Trusts ou soins primaires de santé… tout est quantifié au niveau local…* ». En effet, les pharmacies anglaises tirent plus de 60 % de leurs revenus du NHS « National Health Service » qui finance la santé dont 80 % au moyen des PCT, fameux trusts mis en place sous l'ère Thatcher pour mettre en concurrence les structures de soins et

diminuer ainsi les prix. « *C'est la particularité de l'Angleterre, le service public de santé fonctionne avec les règles du marché, le financement dépend donc du coût évalué, du nombre de médecins, de patients, etc., on parle beaucoup de la Sécurité sociale en France mais ici aussi c'est compliqué même si c'est plus libre* » ironise Philippe Hamida-Pisal. Finalement, le maintien de ce système d'inspiration libérale repose sur le fragile équilibre d'un service public, certes "minimum" mais très complet, directement lié à l'idée originelle de Beveridge, et dans lequel le pharmacien a un rôle de 1er ordre. Il reste toujours la possibilité de recourir à une assurance privée quand on le veut et quand on le peut, pour s'affranchir des contraintes du système (déconditionnement des médicaments et limitation des quantités, attente pour obtenir des ordonnances, agenda du suivi médical préétabli,...).

Le système anglais sur la base d'un contrat

Quoi qu'il en soit de l'épineux problème du contrôle du budget de la santé dans les pays européens, l'idée d'un « contrat » passé avec l'Etat permet d'étendre le rôle des pharmaciens, de sorte que leurs revenus ne dépendent pas seulement du volume et du prix des médicaments qu'ils vendent. Dans le cadre du système anglais, les missions qui leurs sont attribuées sont destinées à renforcer le lien avec les médecins et à améliorer la coordination pluridisciplinaire des soins. Ainsi le NHS finance la prise en charge des patients, en officine, sur des questions telles que l'amélioration de l'observance des traitements prescrits, notamment pour le suivi des maladies chroniques. Ce financement intègre la délivrance et le renouvellement d'ordonnance par le pharmacien ayant le statut de prescripteur. Philippe Hamida-Pisal exerce dans une pharmacie dite "de quartier", donc de taille moyenne, ayant une activité de vente de médicaments OTC peu importante et des revenus financés par le NHS pour plus de 50 %. Il est à noter que les médicaments OTC sont vendus en majorité dans les grandes pharmacies dites *"de centre-ville"* et de supermarchés, voire même dans des magasins autres que des pharmacies car cela est autorisé. En tant que pharmacien prescripteur, il a la possibilité de délivrer et renouveler des ordonnances.

« En Angleterre, le service public de santé fonctionne avec les règles du marché, le financement dépend donc du coût évalué, du nombre de médecins, de patients, etc. »

Accompagné d'un préparateur, il partage sa journée de 12 heures entre la caisse et la salle de consultation dans laquelle il effectue le suivi des patients, indifféremment: bon usage des médicaments prescrits, interventions sur ordonnances, vaccinations, tests diagnostic (tension, diabète, cholestérol). La pharmacie a également un rôle important dans la prévention du tabagisme, de l'alcoolisme, le contrôle de l'obésité,...

Il est à noter que la salle de consultation est contrôlée et validée par les services locaux de l'Etat qui vérifient que l'officine a prévu les procédures adaptées aux actes qu'elle dispense.

Le praticien en chiffres

- Plus de **12 000** pharmacies dans le pays
- **61 %** des pharmacies dépendent d'une chaîne
- Salaire annuel moyen : de **23 000** à **35 000 €** en début de carrière - Environ **69 000 €** après 10 ans de carrière
- **95 %** des ressources des pharmacies sont issus d'un contrat avec l'Etat (NHS)
- Les ressources des officines dépendent de leur activité, non de l'économie du médicament

Source Royal Pharmaceutical Society of GB 2009

ACTU

Dans cette nouvelle rubrique, échanges décrypte les tendances qui vont faire parler d'elles dans les semaines et les mois à venir...



LE SÉQUENÇAGE GÉNÉTIQUE DES CANCERS : LA RÉVOLUTION DE LA BIO-INFORMATIQUE

A l'heure de la médecine personnalisée et des découvertes liées aux biotechnologies, la prise en charge du cancer pourrait subir une véritable révolution grâce au séquençage génétique des tumeurs. Le Dr Laurent Alexandre, chirurgien urologue et président de la société DNAVison spécialisée dans le séquençage des cancers, précise : « les cancers sont héréditaires dans seulement 10 % des cas. En revanche, tous les autres sont génétiques, à cause d'une instabilité de notre ADN souvent provoquée par des facteurs environnementaux comme le tabac, l'alcool ou encore le soleil. Autrement dit, le cancer est toujours une maladie de l'ADN qui est généralement acquise ». D'après l'Institut National du Cancer (INCa), la lecture du génome permet déjà de mettre en place des thérapies ciblées. En effet, dans plusieurs cas de cancers, les médecins peuvent détecter les anomalies génétiques d'une tumeur et proposer un traitement personnalisé. D'ici à 2015, l'amélioration du niveau de précision de la lecture des gènes permettra, non seulement de faire des découvertes sur les cellules, mais aussi de cibler spécifiquement la recherche de nouvelles molécules pour mieux soigner les patients.

CHIRURGIE ROBOTIQUE : UN AVENIR RADIEUX POUR LES ADDICTS DE GAME BOYS ?

Qui possèdent la meilleure dextérité nécessaire à l'utilisation des outils de la chirurgie robotique en pleine expansion? Des chirurgiens avérés ou bien des adeptes de Game Boys, adolescents ou jeunes étudiants pratiquant plusieurs heures par jour ? La question peut faire sourire mais la réponse moins. Une étude américaine texane a montré que les chirurgiens étaient au coude à coude et parfois dépassés par des gamers plus habiles en raison d'une meilleure coordination oculo-manuelle. Avec pour conséquences, une moindre mise sous tension sur les instruments et une plus grande constance de saisie manuelle pendant les mouvements chirurgicaux de base que sont les sutures ou le fait de guider une aiguille ou tout autre instrument chirurgical par bras articulé. Sur les 29 sujets testés, les neuf lycéens ont le mieux réussi les tâches présentées, devant neuf étudiants, et ont surclassé les onze médecins (âgés de 31 ans en moyenne). Comment, dès lors, sélectionner et développer dans l'avenir les talents des prochaines générations de chirurgiens ? La formation médicale devrait-elle laisser une part belle aux gamers ?



PHARMACIE EN LIGNE : LA FIN D'UN VIDE JURIDIQUE EN FRANCE

Le sujet de la vente en ligne de médicaments refait surface. Cette problématique a longtemps fait l'objet d'un débat auprès des trois principaux syndicats de pharmaciens et de l'Ordre des pharmaciens qui s'inquiétaient de la dévalorisation de la mission de conseil. La vente en ligne de médicaments existe depuis quelques années dans d'autres pays européens. Le Royaume-Uni a totalement libéralisé ce secteur. L'Allemagne l'a réservée aux seuls pharmaciens. En France, si le commerce des médicaments est réglementé, le cas particulier de la vente en ligne n'avait jusqu'à présent pas été examiné.
Fin décembre 2012, le gouvernement a autorisé la mise en vente sur internet des médicaments de comptoir (OTC), déjà en libre accès dans les pharmacies. Selon l'ordonnance, seuls « les pharmaciens ayant obtenu une licence pour créer une officine de pharmacie » pourront toutefois procéder à de telles ventes en ligne. Les sites devront aussi recevoir l'aval de l'Autorité régionale de santé compétente et se déclarer à l'Ordre des pharmaciens.



PAUSE CAFÉ ET CHOCOLAT (SANS SUCRE !) : C'EST BON POUR LA SANTÉ

Après une très sérieuse méta-analyse du European Heart Journal qui a validé en 2012 l'effet cardioprotecteur du chocolat, une nouvelle publication disculpe la caféine du risque de diabète. Cette étude américaine porte sur deux cohortes suivies pendant plus de 20 ans, l'une féminine la Nurses' Health Study (NHS, n = 74749) et l'autre masculine la Health Professionals Follow-up (HPFS, n = 39059). Le risque relatif de diabète serait diminué de 4 à 8 % par tasse consommée par jour. Rappelons toutefois que si le café sans sucre semble donc diminuer le risque de diabète de type 2, les boissons sucrées l'augmentent significativement, entre 13-16 % pour les boissons caféinées et entre 11-23 % pour les non-caféinées. Choisissons donc soigneusement les « douceurs » de nos pauses.


ÊTRE TRAITÉE EN PRINCESSE
Se sentir protégée, accompagnée, rassurée, c'est un bonheur assez naturel... Mais quand on est malade, ça devient une nécessité et on a besoin de plus d'attention.
C'est pourquoi, MSD s'emploie à découvrir, produire et commercialiser des médicaments innovants. Pour aider les professionnels de santé à soulager les petits et les grands maux et finalement contribuer à vivre mieux.
www.msd-france.com
MSD
Vivre mieux
meanings – Photo : © plainpicture/Erickson


Votre métier change
Les Maisons de Santé Pluridisciplinaires
Dossier
La « cécité venue des rivières » :
un fléau dévastateur
Portrait
Association Tulipe : 30 ans
Un peu d'histoire
sur le cholestérol
et les triglycérides
Pharmacien
au Royaume-Uni
ISSN 2102-1325 - 01 15 - CORP-1066520-0000 - Janvier 2013